



# Solicitud consolidada de apelación del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee para SNAP, Familias Primero y Asistencia para Cuidado Infantil

## INSTRUCCIONES:

**Imprima este formulario**, solo si desea presentar una apelación (una solicitud para una audiencia) para SNAP, Familias Primero o Asistencia para Cuidado Infantil. Una vez impreso, rellene el formulario. Las casillas con un asterisco rojo (\*) **tienen que** ser rellenas. Una vez que haya ingresado toda su información en los espacios, tiene que firmar y fechar el formulario. Una vez que haya firmado y fechado el formulario, debe enviarlo por correo, fax o enviarlo a la Oficina del Secretario de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. Su información de contacto está al final del formulario.

### Nombre \*

Primer Nombre

Apellido

### Fecha de nacimiento \*

Día Mes Año

### Número de seguro social \*

### Dirección particular \*

Línea 1 de la dirección:

Línea 2 de la dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

### Dirección postal (si no es la misma que la particular)

Línea 1 de la dirección:

Línea 2 de la dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

### Número(s) de teléfono \*

El personal del TDHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse de usar versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Fecha de la última revisión: 6 de octubre de 2023

Fecha de la próxima revisión: 6 de octubre de 2026

HS-3058

Fecha de entrada en vigor: 23 de octubre de 2023

RDA: 2122

Página 1 de 5

**Dirección de correo electrónico**

**Confirmar dirección de correo electrónico**

**¿Necesita un intérprete para la audiencia? \***

- Sí  No

**¿Qué idioma?**

**¿Necesita que se traduzcan los documentos? \***

- Sí  No

**¿Qué idioma?**

**¿Necesita adaptaciones especiales? \***

- Intérprete de lenguaje de señas  Lector  Documentos impresos en letras grandes  Documentos en Braille  TTY  
 Otra:

**¿Qué programa(s) desea apelar? \***

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)  Familias Primero (TANF)  
 Cuidado Infantil no TANF (Smart Steps, Cuidado Infantil Transitorio, Cuidado Infantil Solo para Niños en Riesgo, Asistencia a Padres Adolescentes para Cuidado Infantil)

**¿Alguien le representará o ayudará en la audiencia? \***

- Sí  No

*En caso afirmativo, indique quién le representará o asistirá en la audiencia:*

**Nombre del Abogado o Representante**

Nombre

Apellido

**Nombre del bufete o empresa**

**Dirección del abogado o representante**

Línea 1 de la dirección:

Línea 2 de la dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

**Dirección postal del abogado o representante (si es diferente de la dirección comercial)**

Línea 1 de la dirección:

Línea 2 de la dirección:

Ciudad

Estado

Código postal

**Número(s) de teléfono**

**Dirección de correo electrónico**

**Confirmar dirección de correo electrónico**

**Relación del abogado o representante con usted**

**Explique por qué desea apelar o qué pasó que no está de acuerdo (puede añadir páginas adicionales) \***

**Para las apelaciones de SNAP y Familias Primero, complete lo siguiente:**

1. ¿Desea que la audiencia de apelación sea por **teléfono** o **en persona**? \*

- Teléfono                       En persona

2. ¿Desea que se continúen sus beneficios (si es idóneo) hasta tanto se tome una decisión en la audiencia? \*

DESEO que se continúen mis beneficios de SNAP hasta tanto se tome una decisión en la audiencia. Entiendo que si la decisión no es a mi favor, es posible que tenga que reintegrar los beneficios.

DESEO que se continúen mis beneficios de Familias Primero hasta tanto se tome una decisión en la audiencia. Entiendo que si la decisión no es a mi favor, es posible que tenga que reintegrar los beneficios.

NO DESEO que se continúen mis beneficios hasta tanto se tome una decisión en la audiencia.

**Complete lo siguiente si está ayudando a alguien a rellenar este formulario:**

**¿Cómo conoce a la persona que presenta la apelación? Marque con una cruz la casilla correspondiente:**

Padre/Madre    Pariente    Amigo    Tutor Legal o Apoderado    Defensor    Representante

Médico o personal médico    Intérprete o traductor    Otro:

**Nombre \***

Nombre

Apellido

**Número(s) de teléfono**

**Firma (Apelante, Abogado, Representante) \***

Apelante, Abogado o Representante

Fecha

**¿De cuánto tiempo dispongo para presentar una apelación?** (Todas las fechas son **días calendario** a menos que se indique lo contrario.)

Programa	Límite de tiempo para apelar	Límite de tiempo para apelar y continuar beneficios
SNAP (Cupones para Alimentos)	• 90 días a partir de la fecha de la notificación.	10 días a partir de la fecha de la notificación.
Familias Primero	• 90 días a partir de la fecha de la notificación.	10 días a partir de la fecha de la notificación.
Asistencia de Cuidado Infantil (Familias primero y no TANF)	• 10 días a partir de la fecha de la notificación.	No corresponde

## ¿Qué tal si tengo alguna pregunta?

Comuníquese con la **Oficina del Secretario de Apelaciones**:

Departamento de Servicios Humanos de Tennessee  
Appeals and Hearing Division  
Attn: Appeals Clerk's Office  
505 Deaderick Street, 1st Floor  
Nashville, TN 37243

Correo electrónico: [Appeals.Clerks.Office@tn.gov](mailto:Appeals.Clerks.Office@tn.gov)  
Teléfono: (833) 772-8347  
Fax: (866) 355-6136  
TTY: (800) 270-1349

## ¿Qué asuntos puedo apelar?

Para obtener una lista general de los asuntos que pueden ser objeto de apelación, consulte la sección 1240-5-3 de la Compilación de Normas y Reglamentaciones de Tennessee, Solicitudes de audiencia imparcial, y refiérase a la notificación de la decisión del Departamento para obtener más información acerca de sus derechos a una apelación: <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

Para preguntas respecto a las apelaciones de Manutención Infantil visite: <https://www.tn.gov/content/dam/tn/human-services/hs/hs-2997.pdf>

*Conforme a las leyes federales y a las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) se prohíbe a esta institución discriminarle basado en su raza, color, país de origen, sexo, edad, o discapacidad. Conforme a la Ley de Cupones para Alimentos y a las políticas del USDA, también se prohíbe discriminar basado en su religión o ideas políticas. Para presentar una queja o si tiene alguna pregunta, comuníquese con una de las siguientes oficinas: HHS Office for Civil Rights, Atlanta Federal Center, Ste 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909, (404) 562-7886; (404) 562-7881 (FAX); (404) 331-2867 (TDD); USDA, Director, Office for Civil Rights, 1400 Independence Av, SW, Washington, DC 20250-9410; (800) 795-3272; (202) 720-6382 (TTY).*

*También puede comunicarse con: Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.*